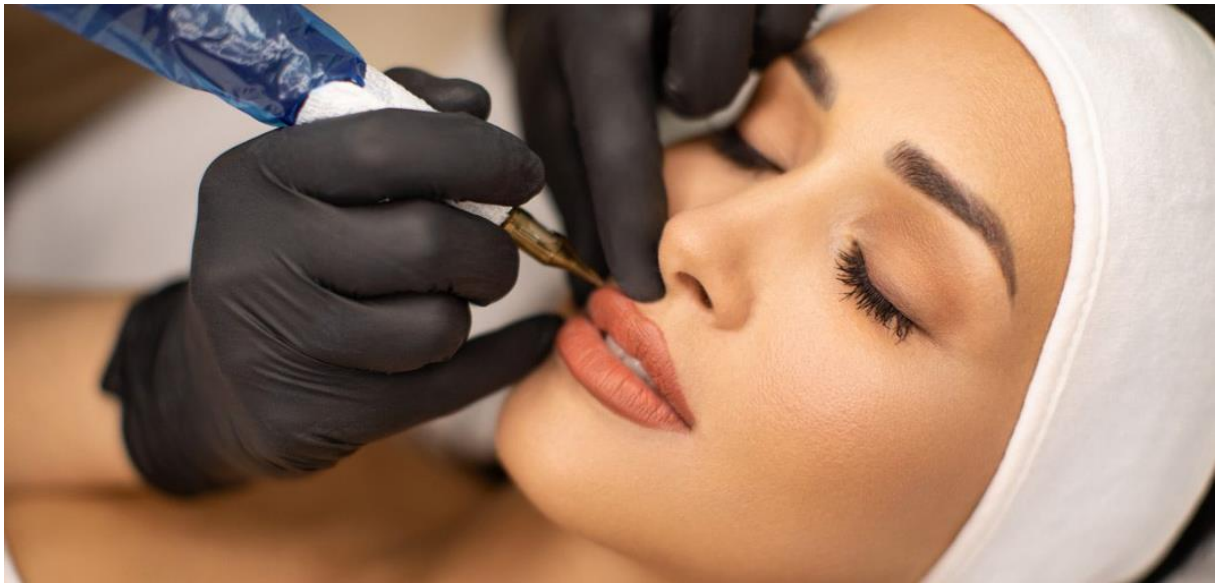




Permanent make-up 'PMU'

Intakeformulier



Intake formulier:

Datum:

Naam:

Adres:

Postcode:

Woonplaats:

Geb. datum:

Geslacht: M / V

Reden van behandeling:

.....

Welk PMU onderdeel wilt u laten zetten:

.....

Heeft u huidafwijkingen?

.....

Pigmentafwijking Ja / Nee

Diepe littekens op de plek waar u PMU wilt laten zetten Ja / Nee Anders:

.....

Gebruikt u bloedverduunners? Ja / Nee

Paracetamol Ja / Nee

Aspirine Ja / Nee

Naam pijnstiller / bloedverdunner:

.....

Andere medicatie:

.....

.....

Bent u de afgelopen 2 weken ziek / verkouden geweest? Ja / Nee

Heeft u afgelopen week Antibiotica / Prednison / Cortisone gebruikt? Ja / Nee

Heeft u korter dan 6 weken geleden Roaccutane gebruikt? Ja / Nee

Heeft u wimper / wenkbrauw groei serum gebruikt de afgelopen 6 weken? Ja/Nee

Ondergaat u chemotherapie? Ja / Nee

Heeft u een chronische huidziekte Ja / Nee, zo 'ja' welke huidziekte:

.....

Heeft u huidkanker gehad op de plaats waar de PMU gezet gaat worden? Ja / Nee

Heeft u korter dan 3 maanden geleden botox laten zetten rond de ogen - voorhoofd - mond
Ja / Nee

Heeft u de PMU eerst weg laten laseren? Ja / Nee Zo 'ja' is dit langer dan 12 weken geleden
gebeurd? Ja / Nee

Bent u behandeld of heeft u klachten met betrekking tot:

Diabetes Ja / Nee

Koortslip Ja / Nee

Eczeem Ja / Nee

Psoriasis Ja / Nee

Menstruatiestoornissen Ja / Nee

Hormoonkuur Ja / Nee (indien ja, waarom)

.....

Heeft u een pacemaker? Ja / Nee

Bent u allergisch? Ja / Nee (indien ja, waarom)

.....

Bent u momenteel zwanger? Ja / Nee

Bent u korter dan 6 maanden terug zwanger geweest? Ja / Nee

Is er belangrijke informatie over de gezondheid of iets anders waar niet naar gevraagd is
maar wat we wel moeten weten over u?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Foto's van de behandeling worden toegevoegd aan dit dossier.

Geeft u hier toestemming voor? Ja / Nee

Algemene voorwaarden:

Ik onderga deze behandeling 100% vrijwillig.

Ik ben er van bewust dat er meerdere behandelingen nodig zullen zijn om het gewenste resultaat te behalen en dat het bijwerken niet bij de prijs inbegrepen zit.

De behandeling is op eigen risico. Het resultaat van de behandeling is vooraf nooit 100% te voorspellen.

Het resultaat van de behandeling is mede afhankelijk van de leefstijl en de verzorging van het behandelde gebied.

De huid kan na de behandeling rood worden en er kan een zwelling ontstaan.

Gebruik geen make-up of andere producten dan meegegeven op en om de behandelde huid.

U mag na de behandeling zes weken niet in de zon of onder de zonnebank en niet aan de korstjes zitten.

Wij zijn in geen geval verantwoordelijk en of aansprakelijk voor algemene schade of schade door loslaten van de korstjes op de huid, U heeft het intakeformulier naar waarheid ingevuld.

U heeft de voorzorginformatie en de nazorginformatie doorgelezen over de behandeling.

Ik verklaar dat de bovenstaande informatie allemaal besproken is en - of doorgelezen.

Al mijn vragen zijn naar tevredenheid beantwoord tijdens het gratis en vrijblijvende intakegesprek.

Ik geef hierbij toestemming om de informatie op het intakeformulier te gebruiken en te bewaren in mijn dossier/behandelplan bij EyeBrow Cosmetics.

Ik geef toestemming om voor / na foto's van het behandelde gebied te publiceren op de website van EyeBrow Cosmetics Ik geef toestemming om voor / na foto's van het behandelde gebied te publiceren op de Instagram en Facebook pagina van EyeBrow Cosmetics.

Naam cliënt:

Datum: Handtekening: